Année 1911 — N° —

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

LUTIKOFF (Romain)

Né le 3 Février 1884, à Viatka (Russie)

DE LA

CELLULITE ABDOMINO-PELVIENNE

et son traitement kinésique

Par la Méthode THURE BRANDT-STAPFER

Président : HARTMANN, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, EDITEURS

15, Rue Racine (VIe)

—

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTHIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM GILBERT DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Cliniques des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARAN
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GRÉGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBÉ (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZIC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. HARTMANN

Professeur de Médecine Opératoire à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

Souvenir reconnaissant de son cours de 1909
et de la leçon qu'il a fait entendre à ses élèves
sur la kinésithérapie gynécologique

DE LA

CELLULITE ABDOMINO-PELVIENNE

et son traitement kinésique

Par la Méthode THURE BRANDT-STAPFER

INTRODUCTION

L'attention des médecins est d'ordinaire peu portée sur les phénomènes biologiques du tissu conjonctif.

Mais celui-ci contient dans son sein les vaisseaux et les nerfs, il agit sur eux dès que sa vie normale est troublée ; il agit non seulement mécaniquement en les étouffant, mais aussi en détruisant les éléments nobles et en se mettant à leur place.

A la longue, il s'altère lui-même et se transforme en tissu cicatriciel.

Son rôle en pathologie est grand.

Un stade de cette marche vers la sénilité précoce est, croyons-nous, l'œdème dur : la cellulite.

Constatée par les empiriques, il y a un peu moins d'un siècle, elle était mise à l'étude au cours de ces vingt dernières années.

Par notre modeste travail, nous espérons attirer sur elle, une fois de plus, l'attention, et montrer les grands services que la kinésithérapie peut rendre.

Nous n'avons pas d'autres prétentions.

Les idées que nous exposons nous ont été inspirées par les travaux du Dr Stapfer, qui s'occupe de la question de la cellulite depuis près de vingt ans.

Il a bien voulu nous accueillir avec la plus grande bienveillance, dans sa clinique gynécologique, où nous avons pu constater nous-même les bienfaits de la kinésithérapie. Qu'il nous permette de lui exprimer notre reconnaissance et notre profond dévouement.

M. le Professeur Hartmann nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous le prions d'agréer l'hommage de notre vive reconnaissance.

Nous n'avons pas eu l'avantage d'être directement son élève, mais nous avons suivi et profité de son excellent enseignement théorique, et c'est au cours de ses leçons que nous avons pris connaissance de la kinésithérapie gynécologique.

Nous le prions de croire à nos remerciements les plus sincères.

Nous exprimons notre vive gratitude et notre profond respect aux Maîtres de la Faculté de Paris qui nous ont enseigné l'art et les sciences médicales et appris à les aimer.

Tout particulièrement, nous nous rappelons les noms des Professeurs Bar, Hutinel, Landouzy ; des Professeurs agrégés Campenon et Thiéry, lequel nous a montré une très grande bienveillance et nous a laissé largement ouverte la porte de son service.

Nous remercions aussi les Docteurs Bralant, Geoffroy-Saint-Hilaire et Wetterwald, qui nous ont guidé dans

l'étude des théories sur les troubles du tissu cellulaire et nous ont enseigné la pratique de la kinésithérapie gynécologique.

Nous adressons enfin nos remerciements à notre ami le Docteur Michel de Kervily, Préparateur à la Faculté et Chef du laboratoire d'histologie à la clinique Tarnier, pour ses conseils précieux qui nous ont toujours été utiles au cours de nos études médicales.

DIVISION

I. — LA CELLULITE ABDOMINO-PELVIENNE.

1° DÉFINITION

2° HISTORIQUE

3° ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

4° ÉTIOLOGIE

5° SYMPTOMATOLOGIE

6° DIAGNOSTIC

7° PRONOSTIC

8° TRAITEMENT

II. — LA MÉTHODE THURE BRANDT-STAPFER.

1° HISTORIQUE

2° PRINCIPES DE LA MÉTHODE ET SA TÉCHIQUE

A) Massage

B) Gymnastique.

3° INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

4° SON APPLICATION DANS LE TRAITEMENT DE LA CELLULITE ABDOMINO-PELVIENNE

III. — OBSERVATIONS.

IV. — CONCLUSIONS.

LA CELLULITE ABDOMINO-PELVIENNE

1° DÉFINITION

« Le mot est vieux. Je l'ai adopté pour synthétiser en une seule appellation les modes et degrés divers d'une même manifestation pathologique ordinairement chronique, aiguë par exception. Son principe est l'altération du tissu conjonctif. Elle débute par la congestion. » (1).

« Je désigne sous le nom de cellulite les œdèmes localisés, douloureux, apyrétiques du tissu conjonctif, sans tendance à la suppuration. » (2).

Telle est la définition donnée par Stapfer qui, le premier, a étudié cliniquement l'affection et qui trouve le mot *cellulite* correspondant parfaitement à cet état pathologique du tissu conjonctif qui englobe tant de formes, au premier abord différentes, et qui étaient décrites sous les noms les plus variés.

Le mot est d'origine suédoise (*cellulit*), mais les masseurs de ce pays l'appliquaient uniquement aux troubles du tissu conjonctif de la peau (3). « J'ai appris que les

(1) Stapfer. Indications, contre-ind., dosage du trait. kinésique. Paris 1906. p. 58.

(2) Stapfer. Cellulite et myo-cell. localisée doul. Annales de gyn. et d'obst. 1893. 2e s. p. 14.

(3) Josephson. Om den manuela af gynâkologiska lidandem *Stockholm 1891.*

masseurs suédois donnaient le nom de *cellulite* à une variété d'œdème sous-cutané, révélé par des granulations dures et très sensibles, et que le Dr Viderström avait signalé l'existence de ces granulations dans les parois molles du bassin. Les auteurs scandinaves s'excusaient de ce terme, comme s'il était impropre, à cause de la confusion possible avec le phlegmon ; mais à moi qui entrevoyais la synthèse possible des diverses manifestations inflammatoires du tissu, le terme me semblait excellent. Tous les œdèmes douloureux abdomino-pelviens me paraissaient se grouper ; grand avantage didactique ! Nos traités de gynécologie étant encombrés de mots divers, tels que : paramétrite, périoophorite, péri-salpingite, salpingite interstitielle, péri-métro-salpingite, qui désignent un même processus pathologique, ou du moins se révèlent au doigt explorateur par des lésions de même nature (des œdèmes douloureux), il était utile, pour la clarté de l'enseignement clinique, de simplifier toute cette complication, en faisant de ces œdèmes une seule famille, où était comprise la cellulite sous-cutanée des Suédois. » (Stapfer) (1).

(1) Stapfer. Préface aux « Névralgies » de Wetterwald, p. 6, Paris, 1910.

2° HISTORIQUE

L'existence de l'affection que nous appelons *cellulite* était remarquée par beaucoup de cliniciens, mais l'explication de son origine et surtout le rôle du tissu conjonctif étaient présentés de manières très différentes.

Les auteurs qui se sont occupés des lésions du paramètre, accordent, le plus souvent, un rôle prépondérant aux altérations de la séreuse péritonéale, ne considérant les lésions du tissu conjonctif que comme secondaires ou insignifiantes.

Gendrin, Nonat (1), Valleix (2) ont longuement étudié les inflammations péri-utérines et ont localisé les collections séreuses ou purulentes qui se développent au voisinage de l'utérus et autour de l'isthme dans le tissu cellulaire existant entre les feuillets du ligament large.

Bernutz et Goupil (3) refusent toute espèce de rôle au tissu cellulaire et prétendent que l'inflammation péri-utérine doit être attribuée sans exception à des inflammations du péritoine pelvien, à des pelvi-péritonites.

Aran (1) accorde une part prépondérante au tissu cellulaire dans l'inflammation péri-utérine, et réfutant la théorie de Bernutz et Goupil, qui disaient « étant donnée

(1) Nonat. Gazette des Hôpitaux. 1850, p. 57, 110, 129.

(2) Valleix. De l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin. Union médicale. 5e s. t. IX, p. 285-419.

(3) Bernutz et Goupil. Cliniques Médicales. Sur les maladies des femmes. 1852,

(4) Aran. Maladies de l'utérus. 1852.

l'adhérence intime du péritoine au muscle utérin, il ne pouvait y avoir inflammation du tissu cellulaire sans participation constante de la séreuse », il dit : « La quantité de ce tissu cellulaire et sa laxité augmentent à mesure qu'on se rapproche du bas-fond du bassin, de sorte que c'est précisément autour du col de l'utérus, en arrière et latéralement, que ce tissu offre les conditions les plus favorables à l'inflammation. »

Mattheus Duncun et Simpson admettent que le tissu cellulaire peut être intéressé.

J.-L. Championnière attribue, dans l'inflammation péri-utérine, le rôle principal au système lymphatique.

Avec lui, Guenau de Mussy, Sireday, Martineau admettent l'adéno-lymphite.

La plupart de ces auteurs parlent de l'inflammation du tissu conjonctif pelvien comme d'un trouble secondaire, sans lui attribuer le rôle principal, ni le considérer comme une entité morbide.

Ce n'est que dans les ouvrages datant d'une vingtaine d'années qu'on trouve un autre point de vue sur l'affection et qu'on rencontre le mot *cellulite*.

En 1891, Josephson étudie la cellulite sous-cutanée abdominale à la fin de sa thèse inaugurale.

La même année, le Dr Viderström, en Suède, mentionne, pour la première fois, la cellulite pelvienne (1).

En 1893 (2), Stapfer parle, le premier en France, des cellulites.

(1) Dr K. Viderstrôm och. celluliter i backenbotten. Hygiea 1891. Sid 168.

(2) Stapfer. Cellulite et myo-cellulite douloureuse. Annales de gyn. et d'obst. 1893. 2e s.

Il en fait un syndrome commun aux maladies des femmes et s'attache à prouver que la cellulite sous-cutanée n'est qu'une variété de la cellulite gynécologique, qu'il n'y a pas de chronicité génitale sans cellulite et que la nomenclature des traités de gynécologie est encombrée de termes qui caractérisent une seule et même manifestation morbide : la cellulite œdème dur et mou. Il propose de réunir toutes les variétés en une seule famille.

En 1896, Richard Hogner, médecin suédois, publie un article sur « la cellulite ou panniculite adipeuse et le myitis, complication habituelle des maladies des femmes » (1).

En 1896, Petit signale l'œdème ovarien (2).

En 1897, Stapfer reprend, dans son « Traité de kinésithérapie gynécologique », la description des œdèmes cellulitiques, affirme le rôle prépondérant en gynécologie de la cellulite, dont il fait une présclérose. Simple hypothèse, a-t-il soin d'ajouter, car les preuves anatomo-pathologiques manquent encore.

En 1898, Geoffroy-Saint-Hilaire (thèse inaugurale) reproduit expérimentalement les œdèmes mous du bassin, fait l'étude histologique de plusieurs pièces et. s'autorisant d'elle, met en sous-titre à sa monographie sur les œdèmes pelviens : présclérose.

En 1899, Krikortz (thèse de Paris), Suédois, rattache la cellulite à la diathèse arthritique. Il cite un travail de Kzellberg, datant de 1898.

(1) Richard Hogner. Médical Times and Register. 1896. 25 avril.

(2) Petit. Des lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien. Nouv. Arch. de gyn. et obs. 1891.

En 1900, communication de Delassus au XIII[e] Congrès de médecine.

En 1901, Bralant, dans son opuscule : « Maladies des femmes », en parlant de ces œdèmes pelviens, dit : « Cette infiltration séreuse envahit les ligaments comme une *sorte de rouille*, elle leur fait perdre leur souplesse et les rend rigides. »

Ce mot de *rouille* donne une image exacte de ce qu'est cet œdème au point de vue de la physiologie pathologique.

En 1906, Stapfer, dans les « Indications, contre-indications et dosage du traitement kinésique », donne, en quelques pages, une description de la cellulite généralisée chez les femmes, à laquelle il attribue une origine abdomino-pelvienne (troubles de la circulation).

En 1908, Bralant fait un rapport sur « les œdèmes annexiels et infiltrations cellulitiques du bassin », au I[er] Congrès de physiothérapie des médecins de langue française.

En 1909, Wetterwald, dans son rapport sur la présclérose organique et son traitement, au II[e] Congrès de physiothérapie des médecins de langue française, émet l'hypothèse que les altérations du tissu conjonctif ont pour origine un trouble de nutrition et fait de la cellulite le principe des névralgies et des névrites.

Signalons encore, en 1910, au Congrès international de physiothérapie, les rapports de Stapfer, de Wetterwald, et plus de 300 observations de Bralant.

3° ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Les formations cellulitiques ont été, tout d'abord, constatées et étudiées cliniquement et cliniquement aussi elles ont été localisées.

Au point de vue anatomique, on peut les considérer comme des œdèmes.

Cette considération s'appuie sur leur étude histologique et sur la possibilité de les reproduire expérimentalement (Geoffroy-Saint-Hilaire).

Les œdèmes pelviens présentant différentes formes et localisations peuvent pourtant être divisés en deux classes.

D'après Stapfer, il y a :

« 1° Les *œdèmes séreux*, conséquence de simples troubles de fonction. Ils s'observent chez les femmes dont les organes génitaux sont indemnes. A plus forte raison chez celles qui présentent des altérations utéro-annexielles. Les femmes enceintes y sont sujettes.

« 2° Les *œdèmes fibro-plastiques* (*cellulite*) qui accompagnent ou suivent les affections de l'ovaire, de la trompe et de l'utérus. Ce n'est plus la conséquence d'un simple trouble fonctionnel. Ces œdèmes dépendent d'un processus inflammatoire subaigu qui les engendre, et ils persistent après que toute trace inflammatoire a disparu, créant ainsi le facteur principal de la chronicité gynécologique, puisque, outre l'infiltration, il y a hyperplasie conjonctive. C'est une tumeur (exsudat des Allemands). Nous donnons au mot fibro-plastique le sens qu'on lui

donnait autrefois et non pas celui de sarcome. Pour éviter toute confusion, nous préférons dire simplement *plastique*, ce qui ne préjuge que la consistance. C'est une affection subaiguë dont les poussées, souvent confondues avec la pelvi-péritonite, sont en relation directe avec les troubles vaso-moteurs périodiques qui se manifestent chez les femmes dont la circulation abdomino-pelvienne n'est pas normale, du 8e au 15e et du 19e au 22e jour, en comptant du début des menstrues.

« La péri-salpingite, la péri-oophorite, la péri-paramétrite ne sont pas autre chose que la cellulite. » (1).

Son siège est dans le tissu conjonctif, lequel entoure les organes, les baigne pour ainsi dire, formant pour eux la couche de protection et de soutien. Il est rempli de lymphatiques et parcouru par des vaisseaux sanguins et les nerfs qui vont aux organes.

On comprend donc aisément pourquoi cette affection, qui n'est pas grave par elle-même, anatomiquement parlant, devient grave par ses troubles fonctionnels et conduit la femme à la *misère gynécologique*.

Ces troubles ont été décrits par Stapfer, et les manifestations d'ordre nerveux, les névrites périphériques étudiées par Wetterwald. Le tissu cellulaire sous-séreux du bassin, le *sub-serosium* des auteurs allemands, sa répartition topographique, ont été étudiés par Pirogroff, Braune, Luschka, Delbet, et nous ne croyons pas utile d'y insister. Ce que nous voulons faire remarquer, c'est sa

(1) Stapfer. La kinésithérapie. Les Monographies Cliniques. 16. Paris. 1899, p. 35-36.

continuité de la base du ligament large avec le tissu cellulaire pelvi-sous-péritonéal, dont il n'est séparé par aucune lame fibreuse comme on le croyait autrefois, avec le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque interne et même avec la fosse lombaire par l'intermédiaire des vaisseaux ovariens et le ligament lombo-ovarien qu'il remplit et entoure.

On comprend difficilement la production du phlegmon circonscrit venu à la suite d'une « infection relativement modérée » (Testut et Jacob), des « phlegmons juxta-utérins », de Bouilly, dans ce tissu qui envahit tout le pelvis et qui se propage de tous côtés.

On comprend mieux l'infection globale que Siredey qualifie de plus grave et qu'il appelle *cellulite diffuse* avec d'autres auteurs (Forgue, Testut).

Cette cellulite n'est pas celle qui nous occupe et nous ne décrivons pas ces infections qui ne viennent pas à la suite d'une affection chronique mais sont l'apanage d'une véritable inoculation souvent d'origine puerpérale, manœuvres abortives ou autres. Nous réservons le terme de cellulite aux troubles du tissu conjonctif décrits par Stapfer et qui n'ont pas cette allure aiguë ni mortelle.

La première forme d'œdème, l'*œdème séreux*, peut être considérée comme un phénomène physiologique exagéré, une réaction de l'organisme, un moyen de défense contre les troubles d'ordre général, mais un moyen qui dépasse le but.

Ne voyons-nous pas des phénomènes analogues dans les pleurésies ?

« Les œdèmes séreux ne sont que l'exagération de ce qui

se passe normalement dans les tissus. La lymphe qui imprègne les tissus est un produit de transsudation du sang qui passe des lacunes des tissus dans les vaisseaux lymphatiques et arrive dans la circulation veineuse par le canal thoracique. Toute augmentation de l'issue dans les tissus du plasma sanguin détermine dans la région une plus forte imbibition qui est compensée par une augmentation de la circulation lymphatique, mais celle-ci a des limites et au bout d'un temps variable l'infiltration des tissus par l'exsudat sanguin dépasse la normale, c'est cet état que nous désignons sous le nom d'œdème séreux, œdème résultant de l'accumulation des liquides dans le tissu cellulaire sous-péritonéale du petit bassin. » (Geoffroy-Saint-Hilaire.) (1). Tout différent est l'*œdème plastique*. Cet œdème se localise de préférence près d'un organe, l'engaîne et forme un bloc avec lui. Il s'accompagne de la prolifération du tissu conjonctif induré (présclérose) et à la longue peut conduire à la mort physiologique partielle qui est la sclérose vraie.

En examinant plusieurs pièces histologiques nous avons souvent remarqué l'existence de cet œdème dur, cette prolifération du tissu conjonctif autour de la trompe et de l'ovaire malades qui tous les deux étaient déformés et présentaient les mêmes troubles de leur structure interstitielle : dissociation de la musculaire et disparition partielle de ses fibres, infiltration de cellules embryonnaires, surtout autour des vaisseaux qui étaient dilatés.

(1) Geoffroy-Saint-Hilaire. Des œdèmes abdomino-pelviens en gynécologie (Presclérose). Paris. 1898, p. 27.

A l'examen histologique nous avons trouvé autour de la lésion causale qui, souvent, n'était qu'au stade chronique, une zone de prolifération du tissu conjonctif, dont les fibres étaient condensées et qui présentait par endroits des lacunes, dans d'autres des noyaux de sclérose formés. Plusieurs coupes nous ont montré l'ovaire sclérosé mais qui était également entouré d'une zone d'infiltration œdémateuse. Ces infiltrations localisées correspondaient bien aux constatations cliniques que nous avons pu faire au toucher avant que les annexes fussent enlevées par l'opération.

Ces formations peuvent envahir les ligaments, les déformer et produire les déviations utérines.

Quand les infiltrations œdémateuses ont gagné les ligaments on retrouve les mêmes altérations que sur les tissus conjonctifs tubaires et ovariens ; elles agissent à la façon d'une sorte de *rouille organique* envahissant peu à peu les ligaments qu'elles contractent et rendent rigides en leur faisant perdre leur souplesse normale.

Ces contractures déterminent des déviations de l'utérus et des pseudo-fixations de cet organe qui font penser à des adhérences et contre lesquelles les moyens habituels échouent parce qu'ils ne s'adressent pas à la cause même de ces lésions.

« Les œdèmes annexiels se rencontrent tantôt au niveau de la trompe qu'ils englobent (péri-salpingite) ou au niveau de l'ovaire (œdème oophoro-salpingien) et d'autres fois sur la trompe et l'utérus (œdème salpingo-utérin).

Dans certains cas, toute la masse annexielle est prise ne formant qu'un tout où l'on ne peut nuancer la trompe ou

l'ovaire : ce sont les œdèmes durs anciens, les exsudats. » (Bralant.) (1)

L'œdème intra-pelvien est uni ou bi-latéral. Ce n'est pas une affection symétrique.

Nous avons déjà parlé de son siège autour de l'utérus et des annexes et au niveau des ligaments, mais on le trouve aussi sur les parois sacro-iliaques, au niveau des fosses ischio-rectales.

Sa localisation est probable au niveau des attaches ano-coccygiennes du releveur, où il n'est pas tangible et se révèle par des douleurs parfois violentes, spontanées ou communiquées, une sensation de poids et une sorte de crampe.

Quand à la localisation abdominale, on trouve des noyaux cellulitiques dans l'épaisseur de la paroi soit superficiellement, soit dans la couche graisseuse. Ils se présentent sous forme de noyaux durs et très douloureux à l'hypocondre, flancs, épi et hypo-gastre, région iliaque, région-ombilicale.

Personne jusqu'à présent, croyons-nous, n'a étudié histologiquement ces formations, mais leurs caractères cliniques ainsi que l'heureuse influence du massage approprié permet de supposer qu'elles sont analogues aux formations cellulitiques du bassin et relèvent des mêmes causes.

Un trait caractérise les tumeurs cellulitiques du bassin et permet souvent de les reconnaître : c'est leur variabi-

(1) Bralant. Œdèmes annexiels. Rapport fait au 1er Congrès de Physioth. des Médecins de langue française. Paris, 1908, p. 3, p. 2.

lité. « Dans la plupart des cas, l'œdème plastique est circonscrit, bien limité, formant des tumeurs de volume variable qui, grosses comme une noix, peuvent quelquefois atteindre du jour au lendemain un volume trois ou quatre fois plus considérable pour revenir ensuite à leurs dimensions primitives. Leur consistance change comme leur volume d'un jour à l'autre. Molle ou pâteuse, dure ou parfois rénitente, pouvant faire croire à la présence d'une collection liquide, donnant au toucher la sensation d'un tissu coriace, d'une racine de choux, tels sont leurs différents aspects. » (Geoffroy-Saint-Hilaire.) (1)

En dehors de leur variabilité, sans cause apparente, ils en subissent une qui est presque constante et c'est souvent elle qui attire l'attention de la malade.

Ce changement se produit à une période fixe et correspond à ce que Stapfer appelle *molimens* — phénomène de première importance dans les affections chroniques de la femme.

Normalement, les organes pelviens de la femme sont le siège de phénomènes particuliers vers le 20e jour à partir du début des règles. Ces phénomènes se traduisent par une congestion locale, légère sensation de pesanteur, quelques troubles du côté de l'intestin (diarrhée légère ou seulement selles molles), quelques petits changements de caractère.

Au contraire, chez les femmes génitalement atteintes, ces phénomènes sont très prononcés et se traduisent sur-

(1) Geoffroy-Saint-Hilaire. Des œdèmes abdomino-pelviens en gynécologie. Paris 1898, p. 29.

tout par la douleur, le changement de volume, de forme et de consistance des noyaux cellulitiques constatés avant et un empâtement diffus envahissant tout le périmètre.

Ces femmes ont en plus un autre molimen qui n'existe généralement pas ou s'ébauche seulement chez les femmes saines et qui apparaît vers le huitième jour.

Quelquefois, les écoulements sanguins et leucorrhéiques accompagnent les molimens et font alors dire à la malade qu'elle a ses règles deux, trois et même quatre fois par mois, les 10e, 15e, 21e et 28e jours. L'œdème séreux subit la même influence des molimens que l'œdème dur qui se distingue du premier également par son évolution et par ses caractères morphologiques. « L'évolution de ces tumeurs montre bien qu'elles diffèrent en tous points de l'œdème séreux. Dérivant le plus souvent d'un processus inflammatoire, consécutives dans la majorité des cas à une altération annexielle, elles procèdent par poussées subaiguës et s'installent dans le tissu conjonctif sous-péritonéal autour de l'organe lésé qui les a engendrées. La chronicité remplace vite l'état subaigu primitif, quelquefois même elles sont chroniques d'emblée, n'ayant aucune tendance ni à l'inflammation, ni par conséquent à la suppuration, et se manifestant par des troubles variés, des symptômes peu graves en général, quelquefois même éveillant à peine l'attention de la malade.

Si les causes qui engendrent l'œdème plastique sont en général les mêmes que celles qui produisent l'œdème séreux, il vient s'y joindre le plus souvent, et l'inflammation, et des lésions organiques, car ces œdèmes s'accompagnent d'altérations du système vasculaire et du système

vaso-moteur ainsi que de modifications cellulaires, puisqu'ils sont la manifestation d'un processus inflammatoire dont l'origine peut être quelconque. Cette inflammation débute toujours par un premier acte, toujours le même, malgré les différentes formes sous lesquelles il se présente : le bouleversement fonctionnel et en particulier la perturbation nutritive des éléments cellulaires. (Letulle.)

Les théories de l'inflammation nous montrent les différentes phases qui se succèdent pour aboutir à l'exsudat interstitiel qui constitue bien notre œdème fibro-plastique.

Dilatation vasculaire, accélération, puis ralentissement du cours du sang, diminution de la pression, margination des leucocytes et enfin diapédèse et exsudation. Si cette explication n'est pas admise par tous aujourd'hui, on reconnaîtra que toute cause inflammatoire frappe d'abord sur une certaine catégorie d'éléments cellulaires. Virchow veut que ce soient les cellules fixes, c'est-à-dire la cellule conjonctive ; Connheim incrimine la cellule endothéliale, vasculaire, mais ces deux espèces de cellules sont considérées maintenant comme un élément unique, différemment adapté pour les besoins du travail qui lui est imposé. » (Geoffroy-Saint-Hilaire.) (1)

(1) Geoffroy-Saint-Hilaire. Des œdèmes abdomino-pelviens en gynécologie. Paris 1898, p. 30.

4° ETIOLOGIE

Les théories qui expliquent l'origine de la cellulite sont au nombre de deux. La *théorie des troubles de la circulation abdomino-pelvienne* et la *théorie de l'infection.*

Nous admettrons également la troisième, celle *des causes générales* pour dire que toutes ces théories se ramènent fatalement à la première — troubles de la circulation abdomino-pelvienne.

La *théorie infectieuse* est très satisfaisante, mais on ne trouve pas toujours le microbe à l'origine de la cellulite ; tel est le cas de certaines affections annexielles qui commencent à la puberté et qui aboutissent à la sclérose plus tard.

Le rôle du microbe était souvent exagéré en gynécologie et on assiste actuellement à une réaction. Jayle n'a-t-il pas dit dernièrement qu'on peut mettre les microbes les plus variés dans le vagin d'une femme bien conformée et bien portante sans qu'elle ait d'infection (1).

Ceci était du reste prouvé, il y a déjà plus de 16 ans, par Menge et Kœnig (2) qui introduisaient des cultures microbiennes différentes dans le vagin des femmes et des enfants nouveau-nés et qui ont constaté que si les conditions normales de défense ne sont pas affaiblies l'infection n'a pas lieu.

(1) Jayle. Conférence sur l'étiologie des maladies des femmes. Février 1911
(2) Monge et Kœnig. Deut. med. Wochenschrif. Nov. 1894.

Mais, quand l'infection existe, elle peut se révéler par les troubles provoqués par le microbe après la disparition de ce dernier.

La preuve clinique et bactériologique était donnée, et Du Bouchut (thèse de Paris, 1897) a vu, dans les métrites, les microbes disparaître, mais les symptômes persister.

Le microbe ouvre la scène, amorce toute une série de troubles organiques et physiologiques et peut disparaître ensuite, vaincu par les moyens naturels de l'organisme, tandis que les troubles circulatoires peuvent persister, car ils ne constituent pas un fait accidentel, mais bien l'exagération des phénomènes physiologiques normaux et par cela même durables.

Stapfer a bien étudié ces troubles et a montré qu'ils augmentent et s'accentuent au moment des molimens, car ces derniers s'accompagnent de congestion et de stase sanguine et lymphatique.

Parmi les *causes d'ordre général*, Krikortz (thèse de Paris, 1899) a insisté sur l'arthritisme ; Wetterwald (1) indique les intoxications les plus variées, alcoolisme, métaux, tabac ; la sédentarité, le défaut d'exercice physique, la mauvaise hygiène sont autant de causes générales.

On a remarqué la présence des accidents cellulitiques chez les vieillards ; fait qui s'explique bien, car la vieillesse c'est la sclérose, et toutes ces causes accélèrent l'usure des tissus et conduisent l'organisme à la sénilité précoce.

(1) Wetterwald. Les Névralgies. 1910. Paris.

Tandis que normalement la sclérose des tissus est progressive et ne s'accompagne d'aucun phénomène morbide, sous l'influence de ces facteurs généraux, on constate des troubles circulatoires, causes de la cellulite, véritable présclérose au point de vue anatomo-pathologique.

Le rôle des troubles de la circulation abdomino-pelvienne a été cliniquement étudié par Stapfer et décrit par lui.

Geoffroy-Saint-Hilaire a insisté dans sa thèse sur la pathogénie des œdèmes pelviens et le mécanisme de leur production.

5° SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes de la cellulite abdomino-pelvienne peuvent se diviser en deux catégories : *phénomènes généraux* et *symptômes locaux*.

Les phénomènes généraux succédant souvent aux symptômes locaux deviennent vite prédominants.

Le facies et l'habitus de ces malades expriment bien ce que Stapfer a décrit sous le nom de *misère gynécologique*.

Les traits sont tirés, la pâleur et l'expression d'angoisse sont habituels. Leur démarche est pénible, la sensation de pesanteur au bas ventre et les élancements douloureux les arrêtent à chaque instant.

La peau est sèche, la maigreur est fréquente, mais le ventre présente souvent l'épaississement notable de la couche adipeuse avec des noyaux durs et douloureux à la malaxation. On les constate facilement en faisant un pli à la peau et en l'étirant légèrement. La malade accuse une douleur quelquefois très forte quand on saisit un noyau entre les doigts. Certaines malades ressentent des douleurs à une pression modérée et ne tolèrent même pas le port du corset.

Ces malades deviennent à la longue des infirmes et sont condamnées à l'immobilité et à la chaise longue.

Parmi les symptômes pelviens, le premier est encore la douleur.

Localisée au bas ventre, précisée à un seul côté dans les cas de cellulite limitée, elle s'irradie vers les flancs et la

région lombaire. Elle augmente à la pression et devient intolérable si l'on ne pratique pas l'examen avec la plus grande douceur.

Au toucher bimanuel, le palper-massage (Stapfer), — quand une main explore à travers la paroi abdominale tandis que l'index de l'autre, introduit dans le vagin, sert de support ou explore, touche et sent à son tour, — on constate l'existence d'une formation dure ou molle, variable comme volume, située autour des annexes ou dans l'épaisseur des ligaments, adhérante ou non à l'utérus qui souvent est immobilisé par la rétraction ligamentaire (pseudo-fixation).

Cette masse est douloureuse, indépendante de l'utérus, s'il s'agit de l'affection localisée uniquement aux annexes, mais très souvent accompagnée de l'empâtement mou ou même dur qui l'entoure et se propage vers le col et envahit la partie supérieure du vagin.

Cet œdème ne se creuse pas en godet et ne garde pas l'empreinte du doigt quand il est pâteux. Sa forme est aussi variable que son volume : tantôt il prend celle de l'organe qu'il recouvre (œdème péri-salpingien, péri-ovarien, péri-ligamenteux), tantôt il donne la sensation de gonflement, de fuseaux, de saillies triangulaires (face postérieure et fond de l'utérus rétroversé) de grains de chènevis ou de millet espacés ou agglomérés, d'empâtement, de cordes vibrantes (Stapfer).

Toutes ces formations ont un signe caractéristique qui leur est propre : c'est leur variabilité. D'un jour à l'autre elles peuvent changer de volume et de consistance, surtout au moment des molimens.

Nous avons déjà parlé de ce caractère dans un chapitre précédent.

Mais elles ont un autre signe, c'est celui de disparaître progressivement sous l'influence du massage et des mouvements appropriés et amener avec elle la suppression de la douleur.

La fièvre et les phénomènes généraux inflammatoires sont absents.

Toutefois, cette règle ne peut pas être générale parce que la cellulite accompagne souvent une affection inflammatoire, comme elle peut en provenir.

6° DIAGNOSTIC

Pour diagnostiquer la cellulite, il faut l'étudier et cette étude peut demander dans les cas difficiles plusieurs examens répétés, le commencement du traitement kinésique.

Ce traitement éclaire singulièrement le diagnostic et rend constatables au bout de quelques jours des formations qui étaient masquées par l'œdème mou et dont l'exploration était gênée par la douleur. Cet œdème et cette douleur disparaissent rapidement et alors le diagnostic devient facile.

La nécessité de l'examen complet et répété est surtout évidente à cause de l'*aspect protéiforme* qui est le caractère dominant de la cellulite.

Le danger de ce traitement provisoire n'existe pas, car la confusion de l'affection qui nous occupe avec les maladies où il est contre-indiqué est impossible grâce à leurs signes cliniques nets.

Quant à l'hésitation entre la cellulite et la salpingite (sans collection du pus privée de l'issue au dehors) elle n'a pas de contre-indication, grâce à l'innocuité absolue de la méthode Thure Brandt-Stapfer, dont nous parlerons plus loin.

Nous avons déjà indiqué la coexistence de la cellulite avec les affections des organes qu'elle entoure, mais nous croyons utile de donner ici une citation de Stapfer où il parle de cette coexistence.

« Dans la pratique... on constate la métrite, la salpingite, les tumeurs solides ou liquides, offrant, les unes et les autres, des caractères cliniques nets, et puis, à côté de ces affections, sous elles et par-dessus elles, des tuméfactions qui les empâtent et les masquent plus ou moins. D'autres fois, on trouve seulement des tissus coriaces, sans souplesse, ou même simplement de la douleur spontanée ou provoquée. Les organes proprement dits semblent à peu près indemnes. Il n'y a que des signes subjectifs dont le plus commun est la sensation de poids.

Si la tuméfaction est volumineuse et encombre les culs-de-sac, on croit à une salpingite et pour peu qu'il y ait de temps en temps de la fièvre, la pelvi-péritonite est admise et la salpingite passe pour purulente. Nos vieux maîtres, plus avisés, auraient dit : phlegmon, et ajouté, dans leur sagesse clinique : peut-être non suppuré. Si la tuméfaction se borne à un empâtement immobilisateur du col, les Allemands diagnostiquent : exsudat péri-cervical ; les Français paramétrite postérieure. La simple pesanteur est qualifiée plolapsus et invite au pessaire. Enfin, si la douleur, avec ou sans troubles de fonction, est seule constatée, le diagnostic est en complète déroute ; l'ignorance n'a pour refuge que la nervosité. On étiquette la maladie : névralgie pelvienne, pelvi-abdominale, lombo-abdominale, etc. » (1)

Dans tous les cas, l'examen doit être aussi complet que possible et si le toucher vaginal en position couchée ne donne pas de précision, il faut le pratiquer en position debout de la malade.

(1) Stapfer. Indications, contre-indications, dosage du traitement kinésique.Paris 1906, p 59.

Le toucher rectal rend de plus grands services, notamment dans l'exploration de la face postérieure de l'utérus, du fond du bassin, ainsi que chez les vierges, dans lequel cas on doit limiter à cette voie non seulement l'examen, mais aussi le traitement.

7° PRONOSTIC

Le pronostic de la cellulite abdomino-pelvienne diffère complètement si elle est traitée à temps et convenablement ou si elle est négligée.

Dans le dernier cas, l'affection progresse, quelquefois rapidement, et mène la malade vers la misère gynécologique.

C'est, en somme, le cas de toutes ces chronicités gynécologiques où le syndrome utérin (Pozzi) apparaît avec la variété de ses troubles fonctionnels.

La marche est toute autre si on agit de bonne heure. Nous le prouverons par une série d'observations publiées, toutes relevées par l'école de Stapfer, qui, depuis plus de vingt ans, donne les preuves de l'efficacité de la méthode.

La maladie évolue alors vers la guérison, rendant les forces à la malade et, au lieu de l'infirmité, la conduit à la vie normale.

Stapfer disait, un jour, quand on parlait du massage de la beauté devant lui : « Mais nous, nous faisons aussi du massage de la beauté, car nous voyons nos malades reprendre progressivement les couleurs et la joie égayer leurs visages. »

Le mot est juste.

8° TRAITEMENT

Il y a, à notre avis, deux sortes de traitement : le *traitement préventif* et le *traitement curatif.*

Le traitement préventif consiste à écarter les causes provocatrices de l'affection.

Il comprend avant tout les bonnes conditions hygiéniques, la vie active, mais sans trop de fatigues physiques ni morales, les exercices physiques en plein air dont l'absence est actuellement la cause de tant de maux.

La moindre affection gynécologique doit être soignée bien et à temps, car si elle passe à la chronicité elle aboutira presque fatalement à la cellulite.

La question du *traitement curatif* ne peut être résolue que par la clinique.

Du *traitement médicamenteux*, il n'y a pas beaucoup à attendre : toutes les malades qui étaient soignées par Stapfer et ses élèves ont usé de drogues les plus différentes, de pansements et injections, et cela n'empêchait nullement les troubles de progresser.

Le *traitement chirurgical* est préconisé en général chaque fois qu'il y a confusion avec une collection purulente. Au lieu de guérir, il aggrave les phénomènes morbides en ajoutant les dangers de la castration quand on enlève les annexes de deux côtés, sans parler des risques d'éventration, d'infection et opératoires qui sont toujours à compter dans une intervention abdominale.

Nous pourrions donner une longue série d'observations prouvant l'inefficacité du traitement chirurgical dans l'affection qui nous occupe.

Personnellement, nous avons eu l'occasion de relever une observation très complète d'une femme opérée pour une salpingite et qui a conservé, après l'opération, des accidents cellulitiques qui se sont accentués.

La pièce enlevée nous a servi à pratiquer des coupes histologiques dont nous avons parlé entre autres.

Cette question n'est pourtant pas du ressort de notre thèse.

Nous déclarons, par contre, en nous appuyant sur les faits constatés, que le traitement qui agit est bien le *traitement kinésique* (massage et gymnastique), qui s'attaque à la cause même de l'affection, troubles de la circulation abdomino-pelvienne, et c'est lui qui fera l'objet de la partie suivante de notre travail.

II LA MÉTHODE THURE BRANDT-STAPFER

1° HISTORIQUE

Le père de la méthode est le médecin-gymnaste suédois Thure-Brandt, qui, ayant commencé la pratique de son art en 1844, eut l'idée d'appliquer la gymnastique de Ling aux maladies des femmes. Sachant les bienfaits de la gymnastique rationelle sur l'organisme, il ne voulait, au commencement, qu'améliorer l'état général de ses patientes, et par cela agir sur l'état local.

« Du fait, dit-il, que le traitement gymnastique général, non seulement rend l'organisme plus fort et procure la santé, mais guérit toute une série de souffrances locales qui ne cèdent à aucune autre thérapeutique, j'avais induit que les affections pelviennes pouvaient, elles aussi, relever d'un pareil traitement et être guéries par lui, car toutes les parties du corps humain sont liées entre elles et nos organes s'influencent réciproquement. Telle est l'idée première qui m'a guidé. » (1).

Il ajoutait, en plus de la gymnastique, quelques manipulations extérieures qui étaient celles du massage généralement employé en Suède.

(1) Brandt. Traitement des maladies des femmes. Traduction française in Stapfer. Traité de kinésithérapie gynécologique. Paris 1897, p. 441.

Quelques ans plus tard (avant 1859), Brandt a constaté que certains mouvements ont un effet congestionnant pour le bassin, d'autres le décongestionnent.

En 1866, il a eu l'idée de soutenir les organes par l'index gauche introduit dans le vagin, tandis qu'il pratiquait des frictions circulaires sur l'abdomen avec sa main droite.

En 1874, Brandt a adopté le terme de massage aux manipulations extérieures qui étaient en usage dans les instituts gymnastiques suédois.

Le terme a fait fortune, et, peu à peu, le massage seul était substitué au « gymnastiken », mot par lequel on désignait, en Suède, les mouvements gymnastiques et le massage. On omettait ainsi, malgré les protestations de Brandt, la gymnastique dans le traitement gynécologique de Thure-Brandt, et, en 1876, Norström a écrit son « Traitement des maladies des femmes au moyen du massage » (*Paris*), où il ne parle que de ce dernier.

En 1884, Brandt publie son livre suédois : « Gymnastiken » (*Stockholm*).

En 1886, il est invité à Iéna par Schultze et Profanter. A partir de cette époque, la méthode est pratiquée et décrite en Allemagne, mais le côté gymnastique est toujours négligé.

En 1889, Goldspigel-Sosnowska a donné en français la description des manœuvres de Brandt, en omettant également la gymnastique.

En 1890, Brandt a publié un « Traité des maladies des femmes » en allemand (*Berlin*), qui n'était que la traduction de son « Gymnastiken » suédois, mais revu et mis au point par Lindblom.

En 1891, Jentzer et Bourcart ont restitué à la méthode le nom de « gymnastique gynécologique » (*Genève* et *Paris*). Jentzer est mort et Bourcart a abandonné la gymnastique.

En même année, Stapfer va en Suède pour étudier la méthode, y retourne en 1892, et lui accordant (1) une valeur thérapeutique très grande, il la met en pratique dans un service de la clinique Baudeloque.

En 1893, Stapfer (2) étudie la question des œdèmes douloureux en gynécologie et montre les bons résultats du traitement kinésique. Il attribue à ces œdèmes (cellulites) le rôle primordial dans les affections pelviennes et montre l'identité des troubles dystrophiques du tissu conjonctif dans ses localisations différentes.

En 1895, Stapfer (3) fait une communication à la Société de biologie, parle des syncopes et attire l'attention sur les réflexes abdominaux.

Cette même année, Romano, dans sa thèse, donne l'explication des résultats de la méthode en démontrant l'existence d'un réflexe dynamogénique au point de départ abdominal (4).

En 1897, Stapfer fait la description complète de la méthode de Brandt, ainsi que son explication physiologique, dans son : « Traité de kinésithérapie gynécologique » (*Paris*).

(1) Stapfer. La kinésithérapie gynécologique. Rapport adressé au Ministre de l'Instruction publique.

(2) La cellulite et la myo-cellulite localisée douloureuse. Annales de gynécologie. 1893.

(3) Communication à la Société de Biologie. 13 Déc. 1895.

(4) T. Romano. Effets dynamo-géniques cardio-vasculaires du massage abdominal. Thèse de Paris, 1895.

En 1899 paraît sa monographie sur le même sujet (*Paris*), et

En 1906, « Les indications, contre-indications et dosage du traitement kinésique » (*Paris*).

2° PRINCIPES DE LA MÉTHODE ET SA TECHNIQUE

Le traitement kinésique de Brandt-Stapfer diffère absolument du massage vulgaire, non seulement par l'absence de tout « pétrissage » et « tapotement », mais surtout par le principe lui-même.

Ce n'est pas par l'action mécanique sur les vaisseaux et les tissus qu'on agit, mais par la voie réflexe, et pour provoquer ce réflexe il n'est nullement besoin de la force brutale.

Nous tenons beaucoup à faire cette distinction, car c'est le secret même des très bons résultats de la méthode et de son innocuité absolue.

Nous voulons donc mettre cette différence en relief et indiquer quelques mouvements et manœuvres du traitement kinésique, surtout ceux auxquels on a recours dans le cas de cellulite abdomino-pelvienne. On trouvera la description complète des manœuvres dans le « Traité de kinésithérapie gynécologique » de Stapfer.

Nous avons abordé nous-même l'étude de la méthode avec l'idée généralement répandue, aussi bien dans le monde médical que dans le public, qu'il s'agit du massage mécanique.

Grand était notre scepticisme — nous l'avouons — devant la possibilité de tel massage dans les affections où il peut y avoir de l'inflammation et même du pus.

Grande était également notre surprise quand nous avons vu, pour la première fois, à la clinique du Dr Stapfer, que

les manœuvres étaient toutes différentes de ce qu'on a l'habitude d'appeler « massage ».

Ces manœuvres sont douces et brèves, entrecoupées de pauses, ne provoquant pas de douleur et ne fatiguant pas la malade.

Une autre distinction capitale : ce n'est pas le doigt vaginal qui masse — il est d'ordinaire passif — c'est la main, appliquée sur la paroi abdominale, qui est active.

Cette dernière constatation est très importante, car elle écarte à jamais toute possibilité d'excitation génitale et « l'immoralité » du massage gynécologique.

Il est vrai que dans le massage de la région péri-rectale le doigt exerce une sorte d'effleurage, mais là encore quelle erreur de compréhension !

Brandt, voulant insister sur la légèreté de cette opération, a dit qu'elle doit être pratiquée aussi doucement que si on voulait dessiner avec le doigt sur une vitre couverte de buée. Il a donné à cette manœuvre le mot « malning » (en suédois il s'écrit avec un « o » sur la lettre « a ») qui veut dire, en suédois, « peinture ». Par ces imitateurs infidèles, le mot était transformé en « malning », qui veut dire « mouvement de meule », pétrissage, ce qui change absolument la compréhension de la manœuvre ainsi que le degré de force employée.

M. Frumerie, qui est pourtant Suédois, a décrit ce « mouvement de meule » dans un livre intitulé : « Massage gynécologique (Méthode Thure-Brandt » (1), où il parle également du pétrissage et le décrit en premier lieu.

(1) Gustave de Frumerie. Massage gynécologique (Méthode Thure-Brandt). Paris. Steinheil. 1897, p. 28. 30, 31.

Ces quelques remarques suffisent, nous croyons, et on comprendra facilement pourquoi les médecins se montraient réservés jusqu'à ce dernier temps où la physiothérapie officiellement reconnue a conquis la place d'honneur.

A. MASSAGE

La méthode kinésique de Brandt-Stapfer se compose de deux sortes de manœuvres : les unes relèvent du massage, les autres de la gymnastique.

Les principes des premières consiste, comme nous avons déjà indiqué, à provoquer une action réflexe sur les vaisseaux sanguins, à reconstituer la bonne circulation locale, et à la maintenir par une sorte de rééducation des centres nerveux qui commandent le réflexe circulatoire. C'est, en somme, par *restitutio ad integrum* que la méthode veut arriver à la guérison des troubles de circulation locale.

Mais le massage abdominal n'agit pas seulement sur la circulation périphérique, il agit aussi sur le cœur.

Des expériences de Stapfer et Romano (1), sur les animaux différents, il résulte également que la différence entre le massage léger sans violence, entrecoupé de pauses et le massage violent et continu est manifeste, ainsi que les résultats obtenus.

En effet, au moment même du massage léger, on constate la vaso-constriction ; pendant les pauses, la vaso-dilatation ; et après cet ensemble de massage et de

(1) Romano. Effets dynamo-géniques cardio-vasculaires du massage abdominal. Recherches cliniques et expérimentales. Thèse de Paris. 1895.

pauses, le retour de la pression à la normale, ainsi que l'ampleur et le rythme régulier de la circulation.

Dans le cas du massage violent et continu (massage mécanique), la vaso-dilatation persiste et la pression diminue.

Stapfer explique la production des phénomènes cités par l'existence d'un *réflexe dynamogénique.*

Cliniquement, on constate que ce massage-réflexe :

1° Supprime la sensation de pesanteur ;

2° Fait se résorber les œdèmes, et

3° Diminue le volume des organes congestionnés.

Les principales manœuvres sont : la *friction circulaire*, la *vibration*, la *pression*, la *malaxation*, l'*effleurage*, l'*élévation.*

La *friction circulaire* se pratique avec la pulpe des quatre doigts de la main libre, qui exécutent des petites frictions en cercle en déprimant légèrement les viscères et en les faisant rouler sous les doigts, l'index de l'autre main étant dans le fond du vagin.

La *vibration* s'exécute avec la paume de la main posée à plat sur le bas ventre.

La *pression* est toujours légère et accompagne la friction circulaire ; mais elle constitue surtout le premier temps de l'opération dite élévation.

La *malaxation* s'emploie dans la cellulite de la paroi abdominale. Les deux mains saisissent la peau en faisant des plis qu'on malaxe entre les pouces et les quatre autres doigts en étirant légèrement la peau.

Cette manœuvre, tout en étant simple, demande une

certaine habileté pour être pratiquée sans douleur au niveau des noyaux cellulitiques.

L'*effleurage* se pratique par le rectum, sur les parois pelviennes, le périnée et les ligaments de Douglas, avec la pulpe de l'index gauche qui effleure les tissus sans plus de force qu'on n'en déploie pour écrire sur une vitre couverte de buée (Brandt). C'est le « malning » (ce mot s'écrit en suédois avec un « o » sur l' « a ») dont il était question.

L'*élévation* est « une opération qui a pour but la décongestion, la mobilisation de l'utérus et sa réduction définitive quand il est prolabé ou retrodévié.

« Elle consiste à plonger les deux mains ouvertes dans le cul-de-sac pubio-vésico-utérin, à travers les parois abdominales souples et lâches, sans exercer aucune pression sur le corps utérin, mais seulement sur le fond de cul-de-sac et la paroi antérieure du vagin, de façon :

1° A faire reculer et remonter le col dans la concavité sacrée ; 2° à antéverser le fond et 3° à soulever légèrement l'organe avec une douce vibration. » (Stapfer) (1).

Le médecin peut pratiquer cette manœuvre seul, mais, dans la plupart des cas, un aide est indispensable.

Par cette description rapide, on remarque déjà la légèreté et la simplicité du massage gynécologique dont les manœuvres diffèrent des manipulations fortes et énergiques du massage vulgaire que nous appelons massage mécanique (quoique pratiqué avec les mains).

Mais, par cela même, il est délicat, demande une

(1) Stapfer. Monographie. La Kinésithérapie gynécologique. 1899, p. 25.

grande expérience et une main qui soit apte à obéir aux indications du cerveau.

La question du dosage et des indications spéciales pour chaque cas est primordiale, et là encore on constatera « qu'il n'y a pas de maladies, mais il y a des malades ».

B. GYMNASTIQUE

Brandt ayant commencé à traiter les femmes en leur faisant faire de la gymnastique, a constaté l'influence des mouvements sur l'état de la circulation locale et vu que certains mouvements sont décongestionnants, d'autres, au contraire, congestionnent.

En effet, les exercices gymnastiques ont une action sur la circulation par l'attitude et par le mouvement.

Les mouvements qui décongestionnent sont ceux qui demandent la contraction des muscles postérieurs, notamment celle des groupes dorso-lombaires et pelvi-trochantériens, dans une attitude telle que la paroi abdominale aussi peu tendue que possible ne soit nullement comprimée et obéisse aux mouvements respiratoires diaphragmatiques (Stapfer).

Parmi ces mouvements, le plus utilisé est celui d'abduction fémorale, siège soulevé, avec résistance alternative du médecin et de la malade de façon à faire travailler les masses fessières et les masses dorsales.

Stapfer attribue à ces mouvements décongestionnants, en plus de leur action mécanique de dérivation, l'action réflexe, une production d'excitation des centres vaso-constricteurs. Leur répétition agirait en rééduquant ces centres — action analogue au massage. Il cite les conclusions

de François Franck, à propos de cette action des centres nerveux :

« La répétition d'une irritation laisse, en quelque sorte, sa trace dans les centres nerveux qui continuent, malgré la suppression des excitations provocatrices, à déterminer la reproduction des effets que ces excitations avaient causés ; il se crée là une sorte d'habitude des centres qui ont subi une série de sollicitations et en conservent l'impression : c'est, en réduction, le phénomène de l'éducation et de l'habitude. » (1).

Si la gymnastique décongestive agit en provoquant ce réflexe, en plus de son action mécanique, la gymnastique congestionnante produit son effet surtout mécaniquement, par attitude. En faisant la circumduction fémorale passive, par exemple, on crée un obstacle momentané a la circulation périphérique.

Dans d'autres mouvements, on agit surtout par l'effort dans une attitude épuisante (Stapfer). Dans les deux cas, la gymnastique congestionnante engorge les vaisseaux abdomino-pelviens.

Cette action congestive devient beaucoup moindre dès que la malade, habituée, exécute les exercices sans peine.

Au contraire, un exercice décongestionnant devient congestionnant dès qu'il entraîne la fatigue.

Ces deux faits cliniques montrent bien le rôle de l'effort.

A côté des mouvements décongestionnants et congestionnants, il existe des exercices respiratoires et des exer-

(1) *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 21 Juillet 1896, p. 63. François Franck. Hypertension et hypotension artérielles.

cices destinés à fortifier les muscles abdominaux et dorsaux.

Par les premiers, on termine, en général, la séance de kinésithérapie ; en plus de leur utilité comme exercices activant les combustions et apprenant à la malade la respiration ample et régulière, ils procurent une sensation de détente et de repos.

Les deuxièmes sont destinés à donner la force aux muscles chargés de soutenir la colonne vertébrale et à former la sangle abdominale solide. Ils relèvent de la gymnastique générale et nous n'y insisterons pas.

a) Les exercices essentiels de la *gymnastique déconges-tionnante* sont : la *flexion et extension des bras* et l'*abduction des cuisses.*

La *flexion et extension des bras* se pratique la malade étant assise sur un tabouret, la colonne vertébrale et la tête en extension, le tronc légèrement penché en avant, les bras tendus en haut et en avant saisissent les poignets du médecin. Ce dernier, débout sur la chaise longue en face de la malade, tient les mains de cette dernière et, par une traction légère, augmente, s'il le faut, l'inclinaison du tronc de la malade.

Le mouvement commence par la flexion élastique des bras de la malade, qu'elle porte aussi en dehors que possible. Expiration. Le médecin résiste.

Dans le deuxième temps, le médecin tire les bras en l'air sans résistance ou avec résistance de la malade si elle est forte et exécute correctement le mouvement. Inspiration.

L'*abduction des cuisses* se pratique la malade étant couchée, la tête et les épaules soutenues par des oreillers, jambes fléchies, pieds joints, bassin fortement soulevé.

Le médecin, debout aux pieds de la malade, applique la paume de ses mains sur la face externe des genoux de la patiente.

Dans le premier temps, la malade écarte les genoux, le médecin résiste.

Dans le deuxième temps, le médecin rapproche les genoux de la malade, qui résiste.

Il est nécessaire que le mouvement soit exécuté élastiquement et sans secousses ni trop d'effort.

b) Parmi les *exercices congestionnants*, nous citerons la *circumduction fémorale* passive et la *flexion et extension d'un des membres inférieurs portant le poids du corps.*

La *circumduction fémorale passive* se fait, la malade étant commodément assise, appuyée sur le dos relevé de la chaise longue.

Le médecin est debout devant la malade. Il fixe entre ses genoux un genou de la malade. D'une main, il saisit son pied libre et de l'autre le jarret.

Il met le membre en flexion et abduction. Pendant le mouvement, la malade reste passive.

Le médecin fait décrire au genou un cercle aussi grand que possible de dedans en dehors, sans franchir la ligne médiane en dedans, touchant l'abdomen en haut et portant le membre en abduction maxima en dehors.

La flexion et extension d'un des membres inférieurs portant le poids du corps.

La malade est debout sur un seul pied posé à plat, le dos tourné au tabouret et la pointe de l'autre pied appuyant sur son bord. Le corps et la tête en extension. Les bras étendus au-dessus de la tête et un peu en arrière.

Le médecin, debout sur le tabouret, fixe le pied de la malade par les siens et saisit les mains de sa patiente.

Dans le premier temps, la malade se dresse sur la pointe du pied posé sur le sol.

Dans le deuxième, elle fléchit lentement le même membre, portant le genou en dehors.

Dans le troisième, la malade se relève lentement et revient ainsi à l'attitude du premier temps.

Dans le quatrième, elle pose le talon à terre et se retrouve dans l'attitude primitive.

Cet exercice doit être exécuté avec modération, car il est fatiguant ; le médecin doit surveiller la régularité des mouvements et donner, au besoin, un peu d'appui, en soutenant la malade par les mains qu'il ne lâche pas.

c) Le meilleur *exercice respiratoire* est certainement celui où le médecin se place derrière la malade, qui est assise et passive, lui passe ses mains à plat dans les creux axillaires et porte les épaules et les bras en haut et en arrière. La malade inspire profondément. Puis le médecin laisse descendre les épaules. Expiration. Cet exercice, tout en étant simple et passif, peut causer du vertige à certaines nerveuses. Il faut le pratiquer d'une façon modérée.

En parlant du massage, nous avons dit qu'il doit être dosé et approprié à chaque cas particulier.

Nous pouvons répéter la même phrase pour la gymnastique. Non seulement tel cas demande la gymnastique décongestionnante et un autre la congestionnante, mais les différents mouvements de ces exercices doivent être calculés et proportionnés aux forces de la malade et son état pathologique.

Le nombre de mouvements de chaque sorte est, en général, très limité : de trois à cinq. Cela suffit. Si besoin est, il vaut mieux multiplier les séances qui sont habituellement quotidiennes.

3° INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Le champ du traitement kinésique était très limité en gynécologie il y a un peu plus de vingt ans. C'est à peine si on pratiquait le massage dans quelques affections chroniques, et Pozzi, en 1890, écrit qu'il est indiqué dans « les résidus d'anciennes inflammations péri-salpingiennes, fausses membranes, adhérences, etc. » (1) ; il ajoute que le massage peut également rendre des réels services dans la para-métrite chronique (2).

Depuis, la physiothérapie a fait de grandes conquêtes et le champ des indications du traitement kinésique se trouve considérablement élargi, car Stapfer déclare que ses indications parcourent le cycle entier de la vie génitale de la femme (3).

Il n'est pas du ressort de notre thèse de discuter cette question d'indications, mais nous pouvons pourtant ajouter qu'en plus de l'indication comme traitement curatif, il est préconisé comme moyen de diagnostic. Nous en avons déjà parlé dans la première partie de ce travail.

La question des contre-indications nous paraît plus nettement tranchée et nous la résumerons, avec Stapfer, en disant que le traitement kinésique est contre-indiqué par

(1) Pozzi. Péri-métro-salpingite. *Progrès médical.* Paris 1890.

(2) Id.

(3) Stapfer. Indications, contre-ind., dosage du trait. kinésique. Paris. 1906. p 1.

1° Accidents péritonitiques aigus généralisés ;

2° Tumeurs malignes ;

3° Tumeurs bénignes liquides non évacuables ;

4° Le pus collecté en cavité close ;

5° Les névroses héréditaires (1).

(1) Stapfer. Indications, contre-ind., dosage du traitement kinésique. 1906, p. 121.

4° SON APPLICATION DANS LE TRAITEMENT DE LA CELLULITE ABDOMINO-PELVIENNE

La technique diffère suivant les cas et les localisations cellulitiques.

Nous avons également indiqué la nécessité d'approprier le traitement à chaque cas particulier.

C'est une question d'observation et de jugement clinique qui ne s'apprennent que par la pratique.

La cellulite de la paroi abdominale se traite par le massage, et la manœuvre indiquée est la malaxation. Elle doit être légère, sans trop de douleur pour la malade, entrecoupée de pauses, et ne doit jamais laisser la sensation de fatigue et de brisement qu'on éprouve quelquefois après un « bon massage » énergique.

Les séances doivent être courtes, multipliées s'il le faut, mais en général quotidiennes.

On malaxe autour des noyaux cellulitiques et on n'arrive à agir directement sur eux qu'après une amélioration et la disparition de la douleur.

Pour les formations cellulitiques pelviennes, on choisit entre les manœuvres que nous avons décrites et les exercices cités suivant les cas.

D'une façon générale, on a plus recours à la gymnastique décongestionnante qu'à la gymnastique congestionnante.

Cette dernière est réservée au cas de règles insuffisantes et retardées.

Nous croyons donner une idée plus exacte en décrivant une séance de kinésithérapie telle qu'on en pratique à la clinique du Dr Stapfer. Mais nous répétons que le seul moyen de s'en faire une idée nette et précise est de voir, comme le seul moyen d'apprendre la méthode est de la pratiquer sous une bonne direction.

L'application et l'habileté individuelles y sont pour beaucoup.

La séance de traitement commence, en général, par quelques exercices décongestionnants et respiratoires qui consistent en flexion et extension des bras, que nous avons déjà décrits. Trois à cinq, pas plus.

Ensuite, la malade s'étend sur la chaise longue et met les jambes en flexion. Le médecin se place sur un tabouret à côté de la chaise longue, généralement à gauche. Il passe son bras gauche au-dessous du genou gauche de la malade et introduit l'index vaseliné dans le fond du vagin, les autres doigts en extension (position de Brandt).

Ce doigt sert de soutien aux organes et de guide. *Il ne masse pas.*

La main droite, appliquée à plat sur l'abdomen, commence par quelques petites frictions circulaires, en passant d'un flanc à l'autre, évitant la face antérieure de l'utérus ainsi que la formation celluliitique elle-même, tout au moins au début.

Ces frictions sont entrecoupées de pauses et de légères pressions vibratoires.

S'il y a besoin, on pratique l'effleurage par la voie rectale.

Nous avons suffisamment insisté sur sa légèreté et ne croyons pas utile d'y revenir. Il est particulièrement indiqué dans le cas de la cellulite du fond du bassin, la cellulite des ligaments de Douglas, du plancher et du sphincter. On agit ainsi directement sur les noyaux pelviens et on les suit du bout du doigt.

Après ce court massage, on pratique quelques mouvements d'abduction des cuisses (exercice décongestionnant).

On termine la séance par un exercice respiratoire (soulèvement des épaules) et une friction vibratoire le long de la colonne vertébrale (partie cervico-dorsale) ; cette dernière a une action reposante manifeste.

La durée de la séance est de quelques minutes (5 à 7).

La durée du traitement, de six semaines à trois mois, en général, quelquefois plus.

On est étonné, au début, de cette simplicité apparente du traitement. Nous avons éprouvé nous-même cet étonnement.

Mais maintenant, ayant constaté les bienfaits de la méthode, nous pouvons répéter ici les paroles du professeur Pinard, qui a déclaré que :

« QUANT A LA PUISSANCE DE CETTE THÉRAPEUTIQUE NOUVELLE, JE PUIS DIRE : JE SUIS CONVAINCU PARCE QUE J'AI VU. » (1).

(1) Préface du Prof. Pinard au " Traité de kinésithérapie gynécologique " de Stapfer. Paris. 1897, p. VII.

III OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Stapfer) (1)

Cette observation est particulièrement intéressante. D'abord, parce que c'est l'une des premières qui concerne le traitement de la cellulite par la méthode Thure-Brandt-Stapfer.

Les notes sont prises au jour le jour.

Cette observation donne en même temps les indications techniques du traitement et montre l'influence des molimens sur l'état général et local.

Dans ce but, les jours suivants la date d'apparition des règles sont marqués par les chiffres romains.

Mme D... entre à la clinique Baudeloque, le 8 février, et m'est confiée pour être traitée par la kinésithérapie.

Le diagnostic posé est rétroversion utérine.

Premier examen, le 8 février. — *Interrogatoire.* — Cette femme souffre depuis son accouchement, qui remonte au 22 septembre. Dix jours après, elle sortait de la clinique. Depuis lors, jusqu'au 28 octobre, elle a perdu continuellement du sang et presque continuellement jusqu'au 8 février. Elle se plaint de la totalité du ventre.

(1) Stapfer. Cellulite et myo-cellulite localisée douloureuse. *Annales de gynéc. et d'obst.* 1893. 2e s., p. 129.

Palper. Peau du ventre dépressible et souple, mais tellement douloureuse que l'exploration arrache des larmes quand on saisit un pli, même d'une main légère.

Le diagnostic : cellulite sous-cutanée abdominale, s'imposerait à moi, si la peau était privée d'élasticité et si je découvrais des grains durs ou des noyaux d'œdème pâteux dans le tissu cellulaire ; mais la peau est souple et je n'ai pas trouvé d'œdème. Peut-être ne sais-je pas encore le découvrir sous toutes ses formes. Peut-être aussi la névralgie de Beau et Valleix, que je crois devoir rattacher à la cellulite sous-cutanée, a-t-elle une existence indépendante ? On verra.

Toucher vaginal. L'utérus est rétroversé et incliné à droite. Vive douleur de la face postérieure et surtout du fond qui paraît gonflé, surtout à droite. Cette tumeur appartient-elle à l'utérus, appartient-elle aux annexes ? Un effleurage délicat, seul possible à cause de la douleur, ne permet pas de trancher la question.

Toucher vaginal et palper combiné. — La souffrance interdit l'exploration bimanuelle.

Toucher rectal. — Les sphincters sont insensibles ; mais les parois pelviennes sont atrocement douloureuses. Cellulite interne analogue à celle de parois abdominales.

Traitement. — Il visera, avant tout, l'apaisement des souffrances et la diminution des pertes, la réduction de l'utérus dès qu'elle sera possible sans violence ni douleurs, et la cure des lésions annexielles si elles existent. Chaque séance débutera et se terminera par des mouvements dérivatifs. Entre eux le massage qui se composera : 1° de la malaxation des parois faite avec les deux mains,

tenant entre le pouce et les quatre doigts des plis faits successivement aux diverses régions de la peau ; 2° des frictions circulaires péri-utérines (massage bimanuel) ; 3° de la réduction de l'utérus, quand elle sera possible sans violence ; 4° de l'effleurage rectal.

Le massage sera court et léger, surtout au début.

Les mouvements gymnastiques dérivatifs institués consisteront surtout dans la mise en jeu des abducteurs fémoraux et des muscles dorsaux.

9 et 24 février. — Un seul phénomène intéressant. Je découvre un gros lobe pâteux, très douloureux, péri-ombilical. La réduction de l'utérus et le diagnostic topographique des annexes sont interdits par la souffrance. La malade ne perd, ni en blanc ni en rouge.

Le 24. — La peau du ventre est un peu moins sensible. Le gros lobe péri-ombilical est très net. Le fond de l'utérus moins sensible également. La douleur des parois pelviennes est très marquée à gauche, mais pour la première fois l'effleurage la calme.

Le 25. — L'utérus se laisse pousser sur la ligne médiane sans force. Un volumineux œdème péri-salpingien droit se révèle. Les douleurs des parois pelviennes ont presque disparu.

Le 27. — Premier jour des règles. Parois abdominales douloureuses, mais les noyaux d'œdème sont au voisinage des flancs. Les parois pelviennes sont peu sensibles. Utérus rétroversé à droite et fixe.

Le 28. II. — A perdu beaucoup de sang. Les parois abdominales sont sensibles, les parois pelviennes tout à fait insensibles. Massages très courts, très légers. La ma-

lade commence à bien exécuter les mouvements gymnastiques.

1er mars. III. — Même état.

Le 2. IV. — Perte très diminuée. La cellulite abdominale se révèle maintenant sous forme de grains analogues aux grains de gruau ou de riz, isolés ou agglomérés. Ils occupent la région iliaque près des flancs, les grains sont douloureux.

Le 3. V. — Sang presque arrêté. Ventre moins douloureux pendant le massage. Effleurage rectal sensible. Je me crois autorisé à pétrir directement les granulations et à augmenter un peu la force.

Le 4. VI. — La malade a souffert hier. La malaxation légère et générale de la paroi abdominale est peu douloureuse, mais le pétrissage individuel des granulations arrache des larmes.

Le 6. VIII. — Sang arrêté. Parois abdominales douloureuses.

Le 8. X. — Petites ecchymoses sur la paroi abdominale, à droite et à gauche, surtout à gauche. Sous ces ecchymoses, dans le tissu cellulaire, nombreuses granulations dures très douloureuses. Certainement j'ai eu tort d'augmenter la force et peut-être de ne pas malaxer soigneusement la périphérie avant d'attaquer le centre des masses granuleuses. Cependant je n'ai pas la main lourde. Parois pelviennes insensibles.

Le 9. XI. — Elle a souffert à gauche.

Le 10. XII. — A perdu un peu de sang. Parois abdominales très sensibles au niveau des ecchymoses. Les gra-

nulations semblent augmentées. Je malaxe très légèrement cette cellulite, que j'ai créée ou ravivée.

Le 11. XIII. — Hier, un peu de sang jusqu'au soir.

Le 13. XV. — Hier, eau rousse. Perte graduelle et non brusque. Massage moins douloureux. Je pouvais dire indolore. Cependant je persiste à mener analgésiquement. Si j'agissais autrement, je réveillerais les douleurs et ranimerais ou augmenterais la perte.

Le 15. XVII. — Hier, crise très douloureuse.

Le 16. XVIII. — Massage abdominal peu ou point douloureux. Grains de riz très nets sous l'ecchymose gauche et autour d'elle. J'essaie doucement de réduire l'utérus ; j'y renonce vite.

Le 17. XIX. — Je crois que nous entrons dans la bonne voie. Parois abdominales indolores. Les parois pelviennes le sont depuis nombre de jours. Utérus immobile, fixé au début du massage. Pseudo-fixation par contracture que font disparaître de légères vibrations sur les ligaments larges.

Les 18, 19, 20, 21, 22. XX, XXI, XXII, XXIII, XXIV. — Insensibilité de toutes les régions explorées jusqu'alors.

Le 23. XXV. — J'explore plus profondément. A droite, masse flottante ; la trompe avec œdème péri-salpingien. Je mets la malade debout et je tente doucement de soulever l'utérus par le rectum et le vagin ; index dans le premier poussant le fond, pouce dans le vagin chassant l'isthme vers le sacrum. Je m'arrête à la première douleur. L'utérus mobile retombe ; je le place sur la ligne médiane. Il n'y reste pas, mais la manœuvre est utile.

Le 24. XXVI. — Je réduis l'utérus. Réduction commen-

cée par la voie recto-vaginale (femme debout), achevée par la voie recto-vagino-abdominale (femme couchée).

Les 25, 27, 29, 30. XXVII, XXIX, XXX, XXXI. — Réduction de l'utérus par la voie vagino-abdominale. Continuation des mouvements gymnastiques dérivatifs, malgré le chiffre XXXI, à cause de la perte intercalaire et de la tendance aux hémorrhagies. La tumeur salpingienne massée diminue. J'explore la trompe droite. Elle n'est pas indemne.

1er avril. XXXII. — Réduction vagino-abdominale, l'utérus se maintient sur la ligne médiane.

Le 3. XXXIV. — Réduction recto-vagino-abdominale.

Le 6. XXXVII. — Utérus réductible par pression péritonéale antérieure.

Le 7. I. — Règles apparues. Quelques douleurs. Réduction par frictions circulaires des ligaments larges et pression péritonéale antérieure. Le revêtement péritonéal se contracte admirablement, relève et tire l'utérus en avant.

Le 8. II. — Utérus gros ; mauvais massage qui le congestionne encore, et il m'est impossible de réduire complètement.

Le 10. IV. — Règles arrêtées. Utérus réduit par pression péritonéale antérieure.

Le 12. VI. — A souffert avant-hier soir. Depuis la cessation des douleurs, elle s'est placée comme infirmière. Le métier est dur. Elle lave plusieurs parquets.

Le 13. VII. — Quelques gouttes de sang ce matin ; l'utérus est en place au début de la séance.

Le 15. IX. — Perte assez abondante.

Le 16. X. — A perdu beaucoup la nuit dernière ; drap

plié en 7, traversé. Deux caillots. La gymnastique du matin est insuffisante. Je prie un aide de faire exécuter au moins, le soir, une série de 20 mouvements des abducteurs.

Le 17. XI. — Sang arrêté. Utérus antéversé. Les grains de cellulite abdominale, insensibles depuis trois semaines à un mois, commencent à s'effacer.

Le 19. XIII. — Pas de sang ; utérus antéversé.

Le 20. XIV. — Utérus un peu incliné en arrière. Il obéit promptement à la pression péritonéale antérieure.

Le 21. XV. — Dito. La trompe droite est grosse comme l'index et prolabée. La gauche un peu œdématiée.

Le 22. XVI. — Utérus rétroversé réduit.

Les 23, 24, 25, 26, 27. XVII, XVIII, XIX, XX, XXI. — Dito. La malade a une altercation avec une autre femme du personnel, quitte la clinique, et, malgré mes recommandations, ne continue pas le traitement.

OBSERVATION II

(Bralant) (1)

Mme G..., 21 ans.

Réglée à 14 ans, menstrues régulières, accouchement à terme à 20 ans, fut atteinte à la suite d'infection puerpérale. Depuis cette époque, cette femme ressentait des douleurs aiguës dans les côtés du ventre et surtout à

(1) Bralant. Maladies de la Femme. Traitement par la kinésithérapie gynécologique. Paris. 1910, p. 7.

droite, ces douleurs s'accentuaient au moment des règles ; elle suivit plusieurs traitements sans résultat et finalement on lui proposa l'opération.

3 juillet 1899. — Son état de santé générale est mauvais, le teint est terreux, elle marche avec peine, courbée en deux, elle est sans force.

A l'examen, l'utérus immobilisé est augmenté de volume, dans le cul-de-sac latéral droit je perçois un empâtement diffus très sensible à la pression, le ventre est tendu et brûlant. Elle commence le traitement, souffrant beaucoup de la fatigue occasionnée par son déplacement et elle vient au traitement en se traînant péniblement.

6 juillet. — Légère amélioration, le ventre est un peu moins tendu.

8 juillet. — La démarche est plus libre, la malade n'est plus courbée en deux, sa physionomie a perdu cet aspect souffreteux du début, le ventre s'assouplit et la température est normale, il semble à cette femme que la douleur qui persiste à droite est moins vive.

10 juillet. — Ce jour-là, je trouve une sensibilité plus marquée que la veille au niveau du flanc droit, l'empâtement paraît plus dur, néanmoins l'amélioration de l'état général se maintient. Ces phénomènes ne me surprennent pas, car cette femme se trouve au milieu de son mois menstruel et il est fréquent de voir se produire des poussées de congestion à ce moment, c'est le premier molimen.

12 juillet. — Pendant la nuit, elle a été prise de fortes douleurs à droite et a perdu en quantité un liquide clair.

20 juillet. — Il s'est produit un grand soulagement, la

malade me dit qu'il lui semble avoir un poids de moins dans le ventre.

22 juillet. — Le ventre est tout à fait souple, l'empâtement à droite est disparu, le cul-de-sac latéral droit est libre, l'utérus est mobile.

29 juillet. — L'amélioration est complète, les règles sont survenues sans déterminer aucune douleur, elle ont duré quatre jours.

12 août. — La malade a repris ses occupations, elle va et vient sans ressentir aucun des symptômes du début.

27 août. — Les menstrues ont été normales, sans douleurs et précédées d'un écoulement leucorrhéïque abondant. Les forces sont revenues et cette femme se livre à toutes sortes de travaux manuels sans fatigue ni souffrance.

Elle quitte le traitement.

Revue quinze mois après, les résultats se sont maintenus ; elle n'a jamais souffert du ventre depuis.

OBSERVATION III

(Geoffroy-Saint-Hilaire) (1)

L..., 27 ans. Réglée à 13 ans ; depuis cette époque, ses règles sont toujours venues très régulièrement.

En octobre, sans cause appréciable, la malade souffre du ventre, douleurs lombaires et abdominales. Les règles

(1) Geoffroy-Saint-Hilaire. Des œdèmes abdomino-pelviens en gynécologie. Paris. 1898, p. 110.

sont très pénibles, pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Un chirurgien des hôpitaux voit la malade et propose, le 15 janvier, de faire l'hystérectomie vaginale ; elle préfère essayer de la kinésithérapie.

6 janvier. — Etat général très mauvais, la malade vient courbée en deux, se traînant avec peine, fièvre légère, langue saburrhale.

Etat local. — L'examen est très difficile à faire, le ventre est très douloureux et tendu. L'utérus est gros, immobile.

On trouve dans le cul-de-sac postérieur et dans le cul-de-sac latéral gauche une masse volumineuse, pâteuse, presque fluctuante qui pourrait faire croire à la présence d'une collection liquide. Les annexes ne peuvent être trouvées, on sent à gauche, au niveau du pli de l'aine, un cordon noueux, ressemblant à une chaîne ganglionnaire. Quelle en est la nature ? Massage léger, gymnastique.

18 janvier. — Règles très abondantes, douloureuses.

20 janvier. — S'absente pour soigner ses enfants atteints d'angine diphtérique.

7 février. — Etat local extrêmement amélioré, utérus mobile, la tumeur œdémateuse qui occupait le cul-de-sac postérieur a diminué de moitié.

La corde noueuse perçue le premier jour est aujourd'hui molle, souple, on sent derrière elle les ganglions inguinaux.

17 février. — On ne sent plus la corde noueuse perçue au début, il ne reste plus de trace de tumeur.

21 février. —Règles pas douloureuses.

25 février. — Les règles sont terminées, ayant duré 4 jours au lieu de 8 à 10 jours comme précédemment. La tumeur en chapelet n'a pas reparu.

28 février. — Un léger retour de sang, le 26 et le 27. Aujourd'hui rien.

5 mars. — L'état local aussi bien que l'état général est excellent. Ce qu'on prenait pour une chaîne ganglionnaire n'était qu'un œdème péri-salpingien, on sent aujourd'hui la trompe qui se contracte pendant le massage.

24 mars. — Règles en retard. La trompe diminue tellement pendant le massage que l'on perçoit seulement les petits nœuds durs qui, jadis, étaient pris pour des ganglions.

La trompe droite est aussi très diminuée.

26 mars. — Ce matin, la trompe droite est doublée de volume. Le massage lui rend les dimensions qu'elle avait les jours précédents.

OBSERVATION IV

(Stapfer) (1)

Métrite parenchymateuse. (Cellulite utérine et péri-utérine.)

Mme X..., qui s'est bien portée jusqu'à son mariage, voit apparaître en juin 1903, peu après le début des rapports conjugaux, des pertes blanches qu'elle traite à partir de

(1) In Wetterwald. Les Névralgies. Paris. 1910, p. 75.

septembre par les injections d'eau de feuilles de noyer et les ovules Chaumel.

Aucune douleur jusqu'en 1904, mais au milieu de l'année, à la fatigue trop promptement ressentie, s'ajoutent des maux de reins et des souffrances vésicales. Les pertes n'ont pas cessé. Vers la fin de l'année, les malaises ne font que s'accentuer.

En février 1905, ils croissent encore. De vives douleurs se déclarent à droite. Une crise aiguë nécessite cinq semaines de lit. Les souffrances sont très vives et se propagent dans les cuisses. Le médecin diagnostique une métro-salpingite droite, qu'il traite par le repos, la glace durant trois jours, les ovules spéciaux et les injections de permanganate de potasse. La malade étant constipée, on fait un essai de traitement par l'électricité, promptement suspendu car une nouvelle crise menace de suite. On la conjure et après six semaines, la malade améliorée change d'air.

En avril, mai et juin, nouveau traitement pour des malaises chroniques. Tampons de glycérine. Repos intermittent.

En juillet 1905, saison de trois semaines à Salins-Moutiers, sans résultat.

En avril 1905, un médecin de Paris consulté ordonne des cautérisations du col avec un coton imbibé de chlorure de zinc.

Cette ordonnance est exécutée en province une fois par semaine en octobre, novembre et décembre. On y ajoute des bains salés. Aucune amélioration. Souffrances sou-

vent vives dans la première moitié du mois. Queues de règles.

En avril, mai et juin 1906, retour aux tampons glycérinés qui, cette fois, sont ordonnés par erreur de diagnostic pour soutenir les organes qui pèsent et semblent vouloir sortir. (Stapfer a décrit ces phénomènes de congestion que l'on prend pour abaissement et menace réelle d'issue.)

En novembre 1906, C... de R... ordonne des tampons glycérinés à garder quarante-huit heures, des bains chauds et des injections avec deux cuillerées de liqueur de Labarraque.

Cette médicamentation, conforme à la précédente, a des résultats non moins semblables, c'est-à-dire vaguement palliatifs, nullement curatifs.

En février 1907, P... est consulté à Lyon. Il réédite le permanganate de potasse, en ajoutant deux fois par semaine la mise en place d'un crayon Chaumel au sulfate de cuivre ; en outre, injections de nitrate d'argent au millième dans la semaine qui suit les époques.

Ce traitement pratiqué en mars et avril 1907 a le même résultat que les précédents.

L'amélioration relative consistant en un facies un peu meilleur et l'intermittence des douleurs persistent jusqu'en décembre.

A ce moment, la malade consulte le Dr Stapfer. Elle semble assez lasse de consultations et de traitements coûteux et nuls. Le Dr Stapfer trouve deux noyaux de panniculite à droite et à gauche de l'ombilic, un utérus dont le corps et le col sont indurés et trois fois plus volumineux

qu'ils ne devraient, des annexes infiltrées et les ligaments tellement douloureux qu'on ne peut imprimer le moindre mouvement au col sans faire crier la malade. Le rectum est atrocement sensible. L'effleurage des parois pelviennes est presque insupportable.

Le Dr Stapfer déclare que la malade est atteinte de cellulite utérine et péri-utérine, avec panniculite de la sangle abdominale, que, suivant la nomenclature classique, la malade a une métrite parenchymateuse, qu'aucun des traitements institués ne pouvait la guérir, que l'un d'eux, les cautérisations, a eu pour résultat d'aggraver les infiltrats péri-utérins et a modifié les tissus cervicaux de telle façon qu'il sera difficile de leur rendre les qualités physiologiques, qu'enfin le seul traitement capable de guérir et de faire disparaître l'infécondité consiste dans le massage et la gymnastique, mais qu'il convient de faire des réserves sur une cure définitive tant le mal a été aggravé par la persistance des traitements inutiles ou nuisibles.

Le traitement est commencé le 26 décembre 1907. Il est poursuivi pendant trois mois et consiste en gymnastique décongestionnante principalement, en malaxations de la peau du ventre et dans le massage gynécologique proprement dit.

A la fin de mars 1908, le résultat obtenu est le suivant : disparition du faciès gynécologique, récupération des fonctions locomotrices, règles toujours retardées mais ne se prolongeant pas. Les pertes blanches un peu rosées post-menstruelles persistent encore. La panniculite, tenace, est en voie de disparition complète. L'utérus a son corps diminué de près des deux tiers. Le col est encore

trop gros. Les tissus indurés et douloureux persistent encore dans le cul-de-sac antérieur et à droite et à gauche du col où se forment deux noyaux extrêmement rebelles. A cause de cette amélioration générale et locale, le Dr Stapfer espère être maître définitif de l'affection dans la suite, sans pouvoir rien affirmer cependant, sinon que les soins donnés avant le traitement kinésique ont singulièrement compromis la cure.

OBSERVATION V

(Bralant) (1)

Observation présentée à la Société de kinésithérapie, séance du 22 février 1901

Mme M..., 43 ans. Gros exsudat annexiel droit pris pour un fibrôme.

Réglée à 11 ans, eut étant jeune fille des menstrues normales et régulières ; 4 accouchements à terme ; après le premier, elle fut atteinte de fièvre puerpérale ; elle s'est toujours plaint du ventre depuis et les menstrues sont devenues abondantes, irrégulières et douloureuses. Elle perd du sang quatre à cinq fois par mois. Ces pertes s'accompagnent de violentes douleurs de reins et d'un point aigü dans le flanc droit, irradiant jusqu'au pli de l'aine.

En février 1899, l'utérus apparut à la vulve pendant la

(1) Bralant. Maladies de la Femme. Traitement par la kinésithérapie gynécologique. Paris 1901, p. 13.

défécation, et la malade ressentit de grandes douleurs de reins suivies d'une perte de sang abondante. A partir de ce moment, ces accidents se produisirent pendant la marche et la station debout, l'obligeant à passer ses journées sur son lit ou sur une chaise longue.

Différents médecins consultés, lui dirent qu'elle était atteinte d'un fibrôme et conseillèrent tous l'opération d'urgence.

25 octobre 1899. — Cette femme venait me trouver pour suivre le traitement kinésique. Sa famille et elle-même ne pouvant se résoudre à l'intervention sanglante.

A l'examen, l'utérus est volumineux, induré, en rétroversion, mais facilement réductible, le cul-de-sac latéral droit est rempli par une masse dure non douloureuse à la pression, de la groseur d'une orange et paraissant faire corps avec l'utérus ; le cul-de-sac latéral gauche est libre. — Début du traitement.

28 octobre. — Pour la première fois, la défécation s'est accomplie sans douleurs et sans descente de l'utérus, la malade n'a pas perdu de sang depuis le début du traitement. Pendant la nuit, elle a été prise de violentes coliques dans le flanc droit, suivies d'un écoulement d'eau roussâtre abondant.

30 octobre. — Nouvel écoulement d'eau roussâtre moins abondant et sans coliques ; je constate, ce jour-là, un ramollissement très net de la tumeur en même temps que la malade accuse un grand soulagement.

10 novembre. — La tumeur est moins molle, elle semble durcir à nouveau, la garde-robe a été pénible, mais cette poussée ne m'inquiète pas, car elle correspond

à la première moitié du mois menstruel (1er molimen), moment où se produisent les congestions utéro-annexielles.

14 novembre. — Les menstrues apparaissent abondantes, non douloureuses, et la défécation a lieu sans difficulté.

16 novembre. — Les menstrues continuent sans provoquer aucun trouble, à la grande surprise de cette femme habituée à souffrir depuis si longtemps.

20 novembre. — Les règles sont terminées, elles ont duré cinq jours sans occasionner aucune souffrance, la tumeur est très diminuée, toute cette zône dure est devenue molle. Il y a, en ce moment, un travail de désagrégation de la tumeur. La malade fait de grandes marches dans Paris, sans éprouver aucune fatigue, son état de santé est excellent et elle n'éprouve aucun des symptômes antérieurs..

25 novembre. — Appelée par des affaires urgentes de famille, elle retourne chez elle, je craignis que la brusque interruption du traitement, qui me paraissait trop court, ne compromit le résultat obtenu et j'insistai pour qu'elle revint au traitement aussitôt qu'il lui serait possible.

12 décembre. — Je revois la malade et constate, avec plaisir, que l'amélioration s'est maintenue, elle attend ses règles.

13 décembre. — Le cours des règles s'établit d'une façon normale, elles durent quatre jours pendant lesquels cette femme, profitant de son séjour à Paris, court sans répit dans les magasins.

18 décembre. — Elle quitte le traitement.

Un an après, le 8 octobre 1900, elle vint me rendre visite en passant à Paris, son état de santé était excellent et il n'existait plus de trace de la tumeur. L'utérus était très mobile, presque en position normale, il n'est jamais descendu, les règles ont eu lieu tous les mois d'une façon régulière et aussi facilement, me dit cette femme, que lorsqu'elle était jeune fille.

OBSERVATION VI

(Geoffroy-Saint-Hilaire) (1)

S..., 48 ans. 3 grossesses à terme, puis 3 accouchements prématurés à huit mois. Toujours bien réglée, mais toujours abondamment.

Depuis un an, perd du sang deux fois par mois.

Douleurs lombaires, mais pas de douleurs abdominales.

En janvier 1898, ménorrhagie qui dure quinze jours. Doit garder le lit ; quand le sang est arrêté, vives douleurs lombo-abdominales qui persistent, plus ou moins intenses, jusqu'à une nouvelle ménorrhagie, le 15 février, elle dure douze jours.

15 mars. — Etat général mauvais, nervosité très grande, inappétence, céphalée.

Etat local. — Utérus rétrofléchi, gros, dur, immobile. Le fond de l'utérus fait saillie dans le rectum, gênant l'introduction du doigt. Les ligaments de Douglas sont épais et durs, contracturés. Les deux trompes prolabées

(1) Geoffroy-Saint-Hilaire. Des œdèmes abdomino-pelviens. Paris. 1898. p. 111.

reposent sur les ligaments de Douglas, elles ont le volume d'une petite plume d'oie, sont dures, flexueuses mais pas œdématiées. Nous ne percevons que l'ovaire gauche un peu gros. Le ventre est dur, balloné ; la palpation ne fournit aucun renseignement.

Massage abdominal, gymnastique.

20 mars. — L'utérus s'est mobilisé, le fond se laisse soulever, mais la malade souffre toujours quand on cherche à repousser l'utérus en avant. Les ligaments sont toujours gros et contracturés.

25 mars. — Utérus très mobile, la réduction ne peut être faite à cause du ballonnement du ventre qui empêche d'accrocher le fond de l'utérus.

6 avril. — Le ventre s'est assoupli, l'utérus a pu être réduit par le procédé recto-vagino-abdominal, mais la réduction a été un peu douloureuse, les ligaments de Douglas sont devenus gros pendant la réduction, l'isthme s'est durci et œdématié. Les trompes ont suivi le fond de l'utérus dans son ascension et abandonné leur contact avec les ligaments de Douglas.

8 avril. — L'utérus est resté vertical depuis le 7, mobile ; le ventre est souple, les ligaments de Douglas sont minces et souples, la malade n'a pas souffert. Les règles sont en retard de trois jours. Cette femme nous semble commencer sa ménopause.

10 avril. — Ventre souple, utérus franchement anteversé, les annexes ne sont plus perceptibles, état général très bon.

25 avril. — La malade ne souffre plus de reins depuis vingt jours déjà, elle cesse de venir.

OBSERVATION VII

(Bralant) (1)

Mme F..., 29 ans.

Réglée à 11 ans, menstrues régulières et normales.

Enceinte à 21 ans, elle fit un avortement à six mois. Depuis deux mois, cette femme est atteinte d'une douleur aiguë dans le côté gauche du ventre, qui devient plus vive pendant la marche et à la suite de la moindre fatigue. Elle a des pertes blanches abondantes, quelquefois jaunâtres, de la constipation, un état général mauvais et des crises douloureuses dans tout le ventre au moment des règles ; dans ces moments, elle souffre au niveau des reins et dans le flanc gauche, avec irradiations jusqu'à la cuisse gauche. Deux médecins consultés avaient posé le diagnostic de salpingite gauche et proposé l'opération.

6 octobre. — Se présente à mon cabinet avec l'aspect caractéristique de la misère gynécologique, les traits tirés, le faciès grippé et terreux, elle marche péniblement, les yeux fixés sur le parquet, dans la crainte du faux-pas qui retentit si douloureusement dans l'abdomen.

A l'examen, l'utérus est gros, induré, il est immobilisé par des pseudo-adhérences qui le fixent, et le cul-de-sac latéral gauche est rempli d'infiltrations œdémateuses intéressant la trompe et l'ovaire. Le ventre est d'une sensibi-

(1) Bralant Maladies de la Femme. Traitement par la kinésithérapie gynécologique. Paris. 1901, p. 12.

lité telle que je ne puis pratiquer qu'un effleurage vibratoire superficiel et des mouvements décongestionnants pendant les trois premiers jours du traitement.

10 octobre. — La malade accuse un mieux manifeste, elle marche plus librement, le ventre est moins douloureux, et il m'est possible de pratiquer le traitement.

13 octobre. — Les couleurs sont revenues, l'état général se relève, l'utérus libéré est devenu mobile et le cul-de-sac latéral gauche est libre. La malade me demande si elle doit continuer le traitement, je l'engage à persévérer jusqu'à la fin du mois.

25 octobre. — Les menstrues ont eu lieu sans provoquer le moindre accident, la malade ne souffre plus et quitte le traitement, trop tôt, à mon avis, mais obligée par sa situation dans le commerce.

J'ai revu cette malade en février dernier : elle m'amenait une de ses parentes au traitement, son état de santé est excellent et, depuis un an et demi qu'elle a quitté le traitement, n'a jamais souffert.

OBSERVATION VIII

(Stapfer) (1)

Mme X..., infection gonococcique après le mariage, puerpérale à la suite d'un accouchement datant de sept ou huit ans. Dès lors, accidents génitaux chroniques,

(1) In : Geoffroy-Saint-Hilaire. Des œdèmes abdomino-pelviens en gynécologie. Paris. 1898, p. 116.

avec paroxysmes périodiques. Malade alitée, sans appétit, ni sommeil, température oscillant entre 38° et 40°, nausées, ventre météorisé, parésie intestinale, vagin brûlant, sec, utérus collé contre la symphyse et adhérent à une tumeur gauche, très dure, grosse comme un poing d'homme ; seconde tumeur de consistance pâteuse dans le cul-de-sac postérieur. Traitement entrepris le 9 mai 1895 ; massages très légers, presque insignifiants en apparence pour commencer. Plus tard, massages toujours légers et courts, puis gymnastique ; la malade recouvre l'appétit et le sommeil d'abord, la fièvre tombe, avant sa disparition un sillon se forme entre la tumeur gauche et l'utérus ; température normale à partir du 11 juin. Le vagin s'humecte, petite perte blanche, une crête se dessine sur la tumeur gauche, c'est la trompe semblable à une énorme sangsue, mais la tumeur postérieure s'abaisse, se tend, ses parois s'amincissent, sa consistance est fluctuante ou pseudo-fluctuante.

Alarmé, malgré l'absence de pyrexie, malgré l'appétit de la malade, malgré les forces renaissantes, parce que je n'avais pas encore mis la méthode à pareille épreuve, je demandai au Dr Nélaton s'il ne conviendrait pas d'ouvrir le cul-de-sac postérieur. Il consentit à commencer par là, en déclarant que l'hystérectomie préférable à l'opération de Laroyenne s'imposerait probablement en offrant des difficultés à cause de la fixation utérine. On transporta la malade dans une maison de santé où on la fit jeûner suivant l'usage la veille du jour fixé, diète dont elle se plaignait.

Pendant la séance de massage — car je ne l'avais pas

abandonnée — je constatai que la tumeur postérieure était moins tendue, et, quelques heures plus tard, le Dr Nelaton la trouva dépressible.

Alors, la conversation suivante s'établit entre nous :

— « Vous persistez à opérer ? »

— « Certainement. La tumeur postérieure n'a pas d'importance ; nous y trouverons je ne sais quoi, peut-être une masse gélatineuse, c'est la tumeur gauche qui nécessite l'hystérectomie ; la trompe est à son sommet, pleine de pus ; au centre, est l'ovaire, et, tout autour, de petits foyers purulents. »

— « Cela me paraît bien schématique, répliquai-je. On ne sent pas tant de choses ; on sent une grosse trompe, peut-être simplement œdémateuse, coiffant comme le cimier d'un casque, une tumeur de bois ; j'en ai fait disparaître de semblables. Puisque la tumeur postérieure se modifie, puisque l'amélioration de l'état général s'accuse de plus en plus, rien ne presse ; attendons, et qui sait ? cette malade me donnera peut-être une nouvelle démonstration de la puissance du traitement kinésique. Sinon, j'aurai recours à vous, et vous ferez alors, grâce à moi, car je libérerai l'utérus, une opération bien plus facile. »

Le Dr Nélaton, sur ces instances, reconnut que rien ne pressait et se sépara de moi en disant : « Si vous guérissez cette femme, vous pouvez vanter votre traitement, il est bon. »

Quelques jours plus tard, la nature de la tumeur devenue refoulable se révéla. C'était une anse intestinale qui, parésiée pendant les accidents aigus, revenait à l'état

physiologique, et, réfléchissez-y, *c'était dans cette anse que je voulais faire donner le premier coup de bistouri.* A partir de ce moment, la malade sortit et vint quotidiennement chez moi. L'utérus, se séparant du pubis, gagna le centre de l'excavation. La trompe, tantôt dure, tantôt molle, diminua ; la tumeur qu'elle coiffait fondit. Il n'en resta bientôt qu'un noyau pour la suppression duquel il fallut autant de mois qu'il avait fallu de semaines pour la disparition de la cellulite aiguë et subaiguë, entée sur cette vieille lésion chronique.

Il ne restait, en 1896, à la fin du traitement, qu'une induration en nappe du ligament large gauche.

Au commencement de 1896, tout dernièrement, par conséquent, la malade m'écrivait, du Brésil : « Depuis des années je ne m'étais portée comme je me porte depuis votre traitement. »

CONCLUSIONS

La cellulite abdomino-pelvienne est une affection chronique du tissu cellulaire de la paroi abdominale et du pelvis, produite par les troubles circulatoires locaux et caractérisée anatomiquement par un œdème dur ou mou.

Elle n'a rien de commun avec la cellulite diffuse, nom sous lequel on désigne quelquefois les infiltrations infectieuses massives du pelvis à marche fatale.

Cette affection était constatée par les Suédois, étudiée cliniquement par Stapfer et anatomiquement par Geoffroy-Saint-Hilaire.

Elle est justiciable du traitement kinésique (massage et gymnastique) et en profite beaucoup.

La méthode Thure-Brandt-Stapfer, qui est une méthode agissant sur les troubles circulatoires, cause du mal, donne de très bons résultats.

Vu : le Président de thèse,
HARTMANN.

Vu : le Doyen,
D. LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

1858. ARAN. — Maladies de l'utérus. *Paris.*

1852. BERNUTZ et GOUPIL. — *Cliniques médicales.* Maladies des femmes, *Paris.*

1901. BRALANT. — Maladies de la femme, *Paris.*

1908. BRALANT. — Œdèmes annexiels. (*Rapport au 1er Congrès de Physioth. des M. Fr. Paris.*)

1897. BRANDT. — Traitement des maladies des femmes. *Traduction franç. in Stapfer. Traité de kinésithérapie gynécotogique. Paris.*

1889. BAJARDYIAN. — Vingt cas d'aff. gynéc. traités par le massage. *Genève.*

1896. GUILLARMON. — Kinésithérapie gynéc. Valeur hémostatique de certains mouvements musc. contre les mètro et mèn. chron. *Paris.*

1898. GEOFFROY-SAINT-HILAIRE. — Des œdèmes abdominaux-pelviens en gynécologie. *Paris.*

1896. Richard HOGNER. — La cellulite ou panniculite adipeuse et le myitis, complication habituelle des maladies des femmes (*Medical Times and Resister.*), *Stockholm.*

1891. HARAJEWICZ (W.). — Traitement gymn. Méthode Thure Brandt. *Krakow.*

1891. JOSEPHSON. — Om den manuela behandlingen af gynakologiska lidanden. *Stockholm.*

1891. JENTZER et BOUCART. — Gymn. gyn. et trait. manuel des maladies de l'utérus et de ses annexes. *Genève.*

1902. LOLOFF. — Etiologie, diag. et trait. des supp. pelviennes d'origine utéro-annexielle. *Montpellier.*

1894. MENGE et KŒNIG. — *Deut. méd. Wochenschrift. Novembre, Berlin.*

1850. NONAT. — *Gazette des Hôpitaux, p. 57, 110, 129, Paris.*

1891. PETIT. — Des lésions de l'ovaire dans le varicocèle pelvien. (*Nouvelles archives de gyn. et d'obst.*) *Paris.*

1895. ROMANO. — Effet dynamogénique cardio-vasculaire du massage abdominal. *Paris.*

1892. PRONOWNICH. — Le Massage en gynécologie. *Traduit de l'allemand par Ninot et Keller. Paris.*

1895. RUBINSTEIN. — Lechebnoe znatchenie gynekologicheskâgo massaga. *Saint-Pétersbourg.*

1890. POZZI. — Péri-métro-salpingite. *Progrès médical. Paris, 2., p. 73.*

1891. DELBET (P.). — Des suppurations pelviennes chez la femme. *Paris.*

1879. SIREDEY. — Vaste suppuration du bassin après l'accouchement. *Journal de méd. et chir. pratique. Paris, 1879. I, 11-14.*

1897. SHAMRAYEFF. — Materiali k otenke sistemi Thure Brand kak lechebnago metoda. *Saint-Pétersbourg*

1892. STAPFER. — La kinésithérapie gynécologique. *Rapport au Ministre. Paris.*

1893. STAPFER. — Cellulite et myo-cellulite localisée douloureuse. (*Annales de gyn. et d'obst.*). *XI. 113 Paris.*

1897. STAPFER. — Traité de kinésithérapie gynécologique. *Paris.*

1899. STAPF. R. — Monographie. Kinés. gyn. *Paris.*

1900. STAPFER. — Indications, contre-ind., dosage du traitement kinésique. *Paris.*

1851. VALLEIX — Des inflammations du tissu cellulaire péri-utérin. *Union médicale. 5e s. t. IX. p. 285-419.*

1891 VIDERSTRÔM. — Om myiter och celluliter i bâckenbotten. *Hygiea. sid. 166. Stockholm.*

1910. WETTERWALD. — Les Névralgies. *Paris.*

1907. WETTERWALD. — La méthode de Brandt en Allemagne et en France. *Tours.*

1898. Ziegenspeck. — Massage treatment (Thure Brandt) in diseases of women, for practitioners. *Chicago.*

1897. De Frumerie (G.). — Massage gynécologique (Méthode Thure-Brandt). *Paris.*

1895. Mme P. Peltier. — La méthode de Thure Brandt et son application au traitement des maladies des femmes. *Paris.*

1891. Dr A. Jentzer et M. Bourcart. — Gymnastique gynécologique et traitement manuel des maladies de l'utérus et de ses annexes. *Paris-Genève.*

Imp. de la Faculté de Médecine, JOUVE et Cie, 15, rue Racine, Paris